

« Pour une Gestion Locale plus Efficace, Démocratique et
Responsable des Services et des Ressources »

Santé, Population et Action Sociale

Module de Formation

Août 2001 ♦ Première Edition

Préparé par DGL Felo pour l'ARD, Inc.
Au titre du Contrat N° 685-C-00-00-000037-00
Avec l'USAID/Sénégal

Abréviations et acronymes

AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
ARD, Inc.	<i>Associates in Rural Development, Incorporated</i>
ASC	Association Sportive et Culturelle
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Circonscription Médicale
COREPORH	Comité Régional de la Population et des Ressources Humaines
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CR	Communauté Rurale
DGL Felo	Décentralisation et Gouvernance Locale (<i>Programme de ARD, Inc. – Sénégal</i>)
DPHR	Direction de la Planification et des Ressources Humaines
GTT	Groupe Technique de Travail
IB	Initiative de Bamako
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OCB	Organisation Communautaire de Base
PAC	Programme d'Appui aux Communes
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDDS	Plan Départemental de Développement Sanitaire
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
SIDA	Syndrome Immuno Déficient Acquis
SSP	Soins de Santé Primaire
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Table des matières

Introduction	1
Séance 1: Le cadre général de la décentralisation et le transfert de compétence	3
Progression pédagogique	4
Note d'informations n° 1	5
Séance 2: Organisation et fonctionnement du système de santé	6
Progression pédagogique	7
Note d'informations n° 2	8
Séance 3: Principes, modalités et insuffisance du décret n° 96-1135 du 27 déc 96	10
Progression pédagogique	11
Note d'informations n° 3	12
Séance 4: Compétences transférées dans le domaine de la santé	14
Progression pédagogique	15
Note d'informations n° 4	16
Etude de cas n° 1	18
Séance 5: Compétences transférées dans le domaine de l'action sociale	22
Progression pédagogique	23
Note d'informations n° 5	24
Etude de cas n° 2.....	25
Annexes	
1 - Le système de santé du Sénégal.....	29
2 - La case de santé: organisation, moyens, mode de fonctionnement	31
3 - Les soins à base communautaire des ASC ou relais	32

Introduction

Le Programme DGL Felo Objectif Stratégique n° 2 (SO2) de l'USAID/Sénégal est l'une des trois composantes du nouveau cadre du soutien du Gouvernement des Etats Unis d'Amérique au développement du Sénégal. Il est financé par l'USAID pour une durée de cinq ans et l'ARD, Inc. en est la principale agence d'exécution.

Le Programme vise à améliorer les performances des élus et des autres acteurs locaux pour une gestion plus efficace, démocratique et responsable des services et des ressources. Il ambitionne de contribuer à l'émergence de collectivités locales de développement avec des institutions plus dynamiques et une participation effective des citoyens à la gestion et à la supervision des affaires locales. L'appui du Programme est destiné aux trois niveaux de collectivité locale que sont les communautés rurales, les communes et les régions. Le Projet répond, non seulement à la demande des organes de ces collectivités (conseils et administration) mais aussi à celles des organisations communautaires de base.

Les résultats attendus de cet appui sont:

- La capacité accrue des institutions locales;
- L'accès accru aux ressources financières;
- La participation populaire accrue à la gestion et à la supervision des affaires locales;
- La mise en œuvre plus efficace des politiques et règlements liés à la décentralisation.

Pour atteindre ces résultats, l'intervention du Programme est centrée sur la formation et l'assistance technique.

Le processus enclenché par le programme a permis d'exploiter:

- Les stratégies prioritaires de treize collectivités locales dans lesquelles il intervient, lors d'un atelier de synthèse tenu à Dakar réunissant des représentants des élus locaux et des membres des GTT;
- Les résultats des travaux des ateliers de planification opérationnelle dans ces mêmes collectivités.

Il est ressorti de cet exercice les constats suivants:

- Le processus de transfert des compétences transférées, notamment la compétence Santé, Population et Action sociale n'est pas bien compris par les élus et les acteurs locaux;
- Les collectivités locales ne se sont pas encore suffisamment appropriées de la gestion de la compétence;
- La gestion de la compétence est souvent confrontée à un dysfonctionnement des structures locales, une méconnaissance par les acteurs et les élus du fonctionnement du système, des rôles à y jouer et des responsabilités spécifiques à assumer;
- L'absence d'un plan adéquat de communication de groupe limite la mobilisation sociale des OCB dans la gestion du système de santé communautaire. Il devient souvent une préoccupation d'un groupe restreint de personnes dont la seule bonne volonté ne parvient pas à répondre aux sollicitations;
- La capacité de gestion des commissions et des comités de santé reste en deçà des attentes et des résultats escomptés;
- Les possibilités de couverture des besoins de santé communautaire ne sont pas réellement exploitées par les collectivités locales.

Les acteurs locaux ont donc exprimé le souhait de connaître et de maîtriser les nouvelles données de la gestion du système de santé communautaire indiquant son organisation, son fonctionnement, les rôles et responsabilités que les acteurs doivent y jouer. Ce processus sera soutenu par un programme de

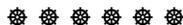
formation et d'assistance aux agents de santé des services de santé communautaire, aux membres des commissions et des comités de santé de la collectivité.

Partant de cela, le programme DGL Felo a commis les services de deux consultants sous la supervision du spécialiste du développement des institutions locales pour concevoir un module de formation d'une journée sur la gestion de la compétence transférée: « Santé, Population, Action sociale » pour la maîtrise de ce domaine par les élus, les organisations communautaires qui l'ont en charge et les OCB.

Cependant, la décentralisation dans le cadre de la réforme de l'administration territoriale et locale, constitue le volet le plus important du processus de responsabilisation des structures à la base pour accroître l'efficacité et la pérennité des actions de développement à mener à ce niveau. Toutefois, sa réussite requiert au-delà de l'engagement politique des décideurs, le développement des compétences nécessaires aux acteurs à la base pour assumer correctement les fonctions et tâches qui leur sont dévolues. Le transfert administratif des fonctions et celui des moyens requis pour les exercer n'aboutiront pas aux résultats souhaités sans le transfert concomitant des connaissances et compétences requises. C'est pourquoi le présent module a été conçu à partir des fonctions et des tâches précises que doivent assumer dorénavant les élus locaux en matière de santé, population et action sociale. Il a été élaboré pour guider les activités du formateur. Il est organisé en thèmes couvrant au total toutes les fonctions transférées dans les domaines de la santé, de la population et de l'action sociale.

Le module se déroule en cinq séances dont chacune est structurée autour des aspects en rapport avec la justification du thème, les objectifs pédagogiques, les cibles, les résultats attendus, les différentes étapes du processus de mise en œuvre, la durée, les supports pédagogiques. Chaque séance est complétée par une note d'informations qui donne des indications sur le contenu du thème de la séance pour guider le facilitateur. Les séances 4 et 5 sont clôturées par des études de cas avec fiches techniques et corrigées.

Le module ainsi élaboré devrait être applicable par divers formateurs et faciliter ainsi l'extension d'une telle formation nécessaire à toutes les collectivités décentralisées du Sénégal.



Séance 1: Le cadre général de la décentralisation et le transfert de compétence

Justification

Il est établi que les textes de la décentralisation n'ont pas connu une grande appropriation par les élus et les leaders locaux. Par conséquent, leur application n'a pas été suffisante pour répondre aux ambitions et attentes aussi bien des décideurs que des populations bénéficiaires.

Le processus de transfert des compétences notamment la compétence santé, population et action sociale n'est pas bien compris par les élus et les acteurs locaux. Ils souhaitent donc une meilleure connaissance des textes et une organisation appropriée du système globalement déterminé.

Objectifs

A la fin de la séance les participants seront capables de:

- Définir la décentralisation ainsi que ses principales implications;
- Décrire les différentes phases de la réforme;
- Expliquer les différents enjeux de la réforme tels que discutés dans la séance;
- Citer les 9 domaines de compétences transférées;
- Expliquer le mode de répartition des compétences entre collectivités.

Cibles

- Elus locaux;
- Membres des organisations communautaires de base;
- Membres des organisations socioprofessionnelles;
- Agents d'ONG;
- Agents de services déconcentrés;
- Membres d'associations.

Résultats attendus

- Les acteurs locaux maîtrisent mieux la politique de décentralisation;
- Ils connaissent les compétences transférées et leur mode de mise en œuvre;
- Les participants sont plus engagés dans la mise en œuvre de la décentralisation.

Progression pédagogique

Etape 1

Les facilitateurs se présentent, et précisent leurs fonctions, expériences sommaires et attentes

Etape 2

- Le facilitateur demande aux participants de se réunir en groupes hétérogènes d'acteurs (élus, OCB et autres, services extérieurs de l'Etat). Chaque groupe désigne un rapporteur et un facilitateur;
- Les membres échangent entre eux et formulent leurs attentes avant de définir le contrat de groupe;
- Les résultats des réflexions sont mentionnés sur une demi-page de papier.

Etape 3

- En plénière les résultats sont présentés, discutés et organisés et ensuite un contrat de groupe entre les participants est établi pour favoriser un bon déroulement des travaux.

Etape 4

- Le facilitateur présente les objectifs de la formation et de la séance et répartit les participants en groupes hétérogènes devant échanger et discuter de l'historique, des réformes de la décentralisation, des collectivités locales, des compétences transférées et de mode de mise en œuvre.

Etape 5

- Le facilitateur fait revenir les participants en plénière et leur demande de restituer les travaux des groupes.

Etape 6

- A la suite de la présentation des travaux de groupes, le facilitateur fait la synthèse sur les différents thèmes en partant d'un tableau récapitulatif sur la mise à niveau préparé à l'avance sur papier padex ou transparent;
- Il leur livre les notions contenues dans la note d'informations n°1.

Durée

- La durée prévue est d'une heure trente minutes (1h30).

Supports

- Papier padex;
- Marqueurs (plusieurs couleurs);
- Fiches;
- Ruban adhésif, rétroprojecteur;
- Transparent (photocopie et vierge);
- Marqueur effaçable (plusieurs couleurs);
- Documentation.

Note d'informations n° 1

Historique

La décentralisation au Sénégal date de l'époque coloniale avec les 4 premières communes Saint-Louis et Gorée en 1872, Rufisque 1880 et Dakar 1887. A l'indépendance le Sénégal comptait 34 communes dont 9 de plein exercice (le conseil municipal était élu au suffrage universel et le maire élu par le conseil municipal).

Les différentes réformes

- 1960:** Statut de plein exercice élargi aux autres communes.
- 1966:** Le code de l'Administration Communale (loi 66-64 du 30 juin 1966) est promulgué.
- 1972:** La loi 72-25 crée les communautés rurales.
- 1990:** Renforcement de la décentralisation: suppression des communes à statut spécial et le transfert de la gestion des budgets des communautés rurales des sous-préfets aux présidents de conseil rural (loi 90-35 du 8 octobre 1990)
- 1996:** Avènement de la régionalisation avec la loi 96-06 portant code des collectivités locales. Transfert de compétences avec la loi 96-07 du 22 mars 96 aux régions, communes et communautés rurales.

La réforme de 1996 est caractérisée, en outre, par la suppression de la tutelle administrative, l'aménagement du contrôle à posteriori, l'absence de hiérarchie entre collectivités locales, l'affirmation de la libre administration.

Les compétences transférées

- La planification;
- Les domaines;
- L'aménagement du territoire;
- L'urbanisme;
- Education, l'alphabétisation et la promotion des langues nationales;
- Environnement et la gestion des ressources naturelles;
- Jeunesse et sports;
- Santé, population et action sociale.

Répartition et mode de mise en œuvre

- Les compétences des collectivités locales se situent à deux niveaux;
- Les compétences générales en matière de promotion du développement économique, social, culturel à l'intérieur du cadre territorial;
- Les compétences transférées réparties en fonction des critères relatifs à leur coût économique, à la facilité de leur maîtrise et à leur importance réelle dans la vie et le développement des populations de base.

L'Etat détermine pour chaque niveau la politique nationale qui sera mise en œuvre par les collectivités locales en fonction de leurs besoins, capacités et moyens.

L'article 3 du Code des Collectivités Locales précise que les mouvements associatifs et les groupements à caractère communautaire sont associés en partenariat, le cas échéant, à la réalisation des projets de développement.



Séance 2: Organisation et fonctionnement du système de santé

Justification

Cette séance se justifie par la nécessité d'informer les participants sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé au Sénégal. Ce secteur a également connu plusieurs réformes institutionnelles et sectorielles qui ne sont pas bien connues des populations et qui ne sont pas correctement en phase avec les réformes et découpages administratifs en vigueur. Cette situation n'a pas manqué d'engendrer des difficultés de compréhension et de comportement entre les responsables de district de santé et surtout avec les maires et les présidents de conseil rural.

Objectifs

A la fin de la séance les participants seront capables de:

- Décrire les différentes réformes du secteur de la santé;
- Expliquer l'organisation et le fonctionnement du système de santé (région médicale, le district, les postes et les comités de santé etc.);
- Décrire le mode de financement et de gestion du budget du district;
- Maîtriser le fonctionnement des postes et cases de santé;
- Expliquer les nouvelles modifications subies par la loi 96-07 dans sa partie concernant la santé.

Cibles

- Elus locaux;
- Membres des organisations Communautaires de base;
- Membres des organisations socioprofessionnelles;
- Agents d'ONG;
- Agents services déconcentrés;
- Membres d'associations.

Résultats attendus

- Les participants connaissent l'évolution de la gestion de la santé;
- Les participants maîtrisent l'organisation et le fonctionnement du système de santé;
- Les participants comprennent le mode de financement et la gestion des budgets des structures sanitaires;
- Les participants sont informés des modifications de la loi 96-07.

Durée

- La durée prévue est d'une heure (1h00).

Supports

- Rétroprojecteur;
- Transparents (photocopies et vierges);
- Marqueurs effaçables (plusieurs couleurs);
- Documentation.

Progression pédagogique***Etape 1***

- Le facilitateur demande aux participants de se mettre en groupe de travail hétérogène, de discuter et de décrire le système de déconcentration et de décentralisation de la santé et de la hiérarchisation prévue des responsabilités. Les réponses sont inscrites au tableau;
- Il précise les différentes réformes et commente le système d'organisation et de fonctionnement de la santé.

Etape 2

- Il demande à trois participants (un représentant des OCB, un représentant des élus, un des services techniques) d'expliquer la composition et le fonctionnement des comités de santé;
- Les réponses sont inscrites au tableau et sont commentées par le formateur.

Etape 3

- Le facilitateur demande à 2 participants de dire comment sont gérés les fonds générés par les activités du comité de santé. Les réponses sont notées et complétées avant de commenter le système de financement de la santé et la gestion des ressources en vue de faire la corrélation avec le fonds de dotation reçu et géré par l'autorité de la collectivité locale (président du conseil rural, maire ou président du conseil régional).

Etape 4

- Le facilitateur à travers la note d'informations n°2 procède à une clarification des points discutés.

Note d'informations n° 2

La stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP), a été adoptée en 1978 comme maître moyen pour instaurer la santé pour tous partout. Elle constitue le fondement de la politique de santé du Sénégal. Pour renforcer sa mise en œuvre, les ministres de la santé de la région africaine de l'OMS ont adopté une stratégie dite de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 à Bamako au Mali. Son application au Sénégal n'a démarré qu'en 1991. Cependant tous les districts du pays sont maintenant couverts et des résultats fort encourageants sont enregistrés dans la plupart de ces districts, notamment en ce qui concerne la mobilisation des ressources financières et la disponibilité des médicaments essentiels. La décentralisation administrative a facilité le processus de mise en œuvre des SSP de manière générale et de la stratégie de l'Initiative de Bamako de manière particulière. La participation des populations aux actions de santé qui leur sont destinées est un des principes de base des SSP. C'est aussi le fondement et la finalité de la décentralisation. Ainsi il s'est développé une synergie entre SSP et décentralisation qui se potentialisent mutuellement. On est ainsi en droit d'espérer que les mesures nouvelles de renforcement de la décentralisation au Sénégal prises par le gouvernement, surtout celles relatives au transfert des fonctions essentielles en rapport avec la santé, la population et l'action sociale, vont du coup renforcer de manière significative la mise en œuvre des soins de santé primaire et l'initiative de Bamako dans tous les districts.

Les réformes institutionnelles et sectorielles

Les plus importantes concernent:

- L'élaboration d'une déclaration de politique nationale de santé en juin 1989 ayant abouti par la suite à la lettre de politique sectorielle et aux orientations prioritaires;
- La circulaire n° 1753 de mars 1991 relative à la restriction du système de santé en 45 districts sanitaires, pour remplacer les 30 Circonscriptions Médicales (CM) qui correspondaient à l'ancien découpage sanitaire du pays, superposé au découpage en département;
- L'amélioration de la couverture sanitaire en postes de santé qui constituent les infrastructures de base;
- La décentralisation du processus de planification au niveau des régions depuis 1989 avec les Plans de District et Régionaux de Développement Sanitaire (PDDS et PRDS), et plus récemment en 1998 le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS de 1998 à 2007) avec son plan d'application, le Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé (PDIS);
- L'adoption et l'application de l'Initiative de Bamako depuis 1991;
- L'adoption de la loi 96-07 portant transfert de compétences;
- Le décret 96-1135 du 27 décembre 1996 relatif à l'application de la loi 96-07 concernant la santé et l'action sociale;
- La loi 98-12 du 2 mars 98 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé;
- Le décret d'application de la loi 98-12;
- La loi 98-08 du 2 mars 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé.

La décentralisation et organisation du système de santé

Au niveau de chaque région, la coordination des activités sanitaires est assurée par la région médicale. Les responsables des structures sanitaires hiérarchiquement liés sont sous l'autorité de leur ministère de tutelle, mais également sous celle des autorités administratives (gouverneur, préfet et sous-préfet). Ils entretiennent des relations de collaboration étroite avec les élus locaux qui, par ailleurs, président les comités de gestion (qui sont des organes délibérants) dont ils sont membres en même temps que les représentants des comités de santé. Ces derniers constituent des associations de droit privé ayant leur autonomie de gestion et leur personnalité juridique.

Le découpage du système de santé

Le Sénégal compte actuellement 10 régions médicales, 45 districts sanitaires officiels, 52 centres de santé (voir schéma d'organisation nationale de santé et son fonctionnement).

- A la base se trouvent les postes de santé au niveau de la communauté rurale ou arrondissement ou dans les villes. Ils supervisent un certain nombre de structures communautaires (case de santé et maternité rurale);
- Au niveau départemental, les centres de santé;
- Au niveau régional, l'hôpital constitue la référence;
- Au sommet de la pyramide, le centre hospitalier universitaire (CHU).

Le fonctionnement

- La région médicale est dirigée par un médecin chef;
- Le district sanitaire est placé sous la responsabilité et l'autorité d'un médecin chef de district. Chaque district garde son autonomie de gestion, de coordination et de planification sanitaire sous l'autorité et la responsabilité du médecin chef.

Les zones couvertes par les districts sont plus homogènes et opérationnelles. Les prestations de service santé sont quantitativement et qualitativement améliorées.

Il en sera de même pour chaque poste de santé.

Les principales sources de financement

- Budget de l'Etat alloué (personnel, approvisionnement eau et électricité);
- Allocation des collectivités locales (commune et communauté rurale);
- Participation communautaire (vente de tickets et médicaments essentiels etc.). L'essentiel de ces ressources financières contribue à assurer le fonctionnement. Elles sont gérées conformément aux décret 92-118 du 17 janvier 1992 régissant l'organisation du fonctionnement des comités de santé. Les fonds sont cogérés par les responsables techniques du poste et les membres du bureau du comité de santé (président, vice-président, trésorier, et trésorier adjoint). Trois commissaires aux comptes contrôlent la gestion;
- La subvention des organismes multilatéraux et bilatéraux, des ONG et d'autres.



Séance 3: Principes, modalités et insuffisance du décret n° 96-1135 du 27 déc 1996

Justification

Les principes et modalités de transfert de compétences aux collectivités locales considérées comme majeures sont fixés par la loi et les décrets d'application. L'Etat a aussi décidé de responsabiliser les collectivités locales avec le rapprochement des décisions à la base. Cependant certains textes notamment le décret 96.1135 ont manqué de précision s'ils n'ont pas omis des aspects importants pourtant prévus par la loi 96-07.

Objectifs

A la fin de la séance, les participants seront capables de:

- Expliquer l'esprit, les principes et modalités de transfert de compétences;
- Décrire les insuffisances notées dans l'élaboration du décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996.

Cibles

- Elus locaux;
- Membres des organisations communautaires de base;
- Membres des organisations socioprofessionnelles;
- Agents d'ONG;
- Agents services déconcentrés;
- Membres d'associations.

Résultats attendus

- Les participants connaissent les principes et les modalités de transfert de la compétence Santé, Population et Action Sociale;
- Les participants ont compris les insuffisances du décret d'application n° 96-1135 du 27 décembre 1996.

Durée

- La durée prévue est de 30 minutes.

Supports

- Rétroprojecteur;
- Transparents (photocopies et vierges);
- Marqueurs effaçables (plusieurs couleurs);
- Documentation.

Progression pédagogique

Etape 1

- En séance de brainstorming demander aux participants de justifier pourquoi l'Etat a décidé de transférer des compétences et pourquoi la Santé, la Population et l'Action Sociale;
- Puis en groupes d'acteurs hétérogènes réfléchir sur comment les collectivités devraient s'organiser pour assumer cette responsabilité;
- Noter les réponses au tableau et en profiter pour préciser les principes et modalités de mise en œuvre du transfert.

Etape 2

- Demander aux participants en groupes de travail homogènes de dire le mode de mobilisation des ressources humaines;
- En plénière, le facilitateur fait la synthèse des réponses.

Etape 3

- Demander aux participants en groupes de travail hétérogènes s'ils n'ont pas remarqué des problèmes ou insuffisances dans l'application du transfert de la compétence Santé, Population et Action Sociale;
- Puis en plénière présenter les résultats des réflexions, les organiser et les analyser;
- Expliquer l'omission du domaine population par le décret et les difficultés de sa prise en charge par les collectivités locales.

Etape 4

- Le facilitateur, à partir de la note d'informations n° 3, fait les clarifications utiles relatives aux questions discutées.

Note d'informations n° 3

Les principes

En opérant les transferts de compétences, l'Etat détermine les domaines d'attribution, répartit les compétences entre collectivités selon les principes suivants:

- Il n'existe pas de tutelle entre les collectivités;
- L'Etat opère un transfert graduel et prudent des compétences;
- La répartition des compétences par l'Etat entre les collectivités locales tout en maintenant l'autorité et l'unité de l'Etat.

Les modalités

La prise en charge de leurs nouvelles responsabilités requiert des collectivités des moyens financiers et humains appropriés leur permettant de jouer pleinement leur rôle. Les charges financières résultant pour chaque collectivité locale des transferts de compétences font l'objet d'une attribution de ressources d'un montant au moins équivalent aux dites charges.

Les moyens financiers

Le Fonds de Dotation est mis en place et est réparti chaque année entre les régions, communes et communautés rurales suivant une clé de répartition appropriée par le Conseil National de Développement des Collectivités Locales.

Le fonds d'équipement des collectivités locales est prévu pour supporter certains investissements des collectivités locales. Les communes et communautés rurales disposent de leurs ressources propres. La coopération décentralisée constitue un autre moyen pour les collectivités locales de rechercher librement des financements complémentaires avec des partenaires au développement. L'Agence de Développement Municipal, l'AGETIP, le PAC constituent d'autres programmes d'appui pour le développement des collectivités locales.

Les moyens humains

Le code des collectivités locales a prévu que pendant une période de 5 ans à compter de janvier 1997, le transfert de compétences ne peut entraîner le transfert aux régions, communes et communautés rurales des services ou parties correspondants de l'Etat.

Toutefois, les conditions d'utilisation de chaque service de l'Etat par les collectivités locales sont déterminées par des conventions passées entre le gouverneur et le président du conseil régional, le maire ou le président du conseil rural.

Les omissions ou insuffisances des textes

La loi 96-07 portant transfert de compétences aux collectivités locales a énoncé le transfert de la compétence population avec la santé et l'action sociale (art 31, 32, 33). Ces articles dans leur titre évoquent bien la population mais leur contenu se limite à la santé et à l'action sociale.

Le décret d'application 96-1135 relatif à cette compétence ne traite pas de la population.

Cette situation n'a pas manqué d'engendrer des difficultés d'interprétation des textes et d'organisation et de gestion des Comités Régionaux de la Population et des ressources Humaines (COREPORH) qui sont au nombre de 10 et qui assurent le suivi et l'évaluation des projets et programmes de population.

A la place du Ministère de la Santé, c'est le Ministère de l'Economie et des Finances et notamment la Direction de la Planification et des Ressources Humaines (DPRH) qui a la charge de la politique de population.



Séance 4: Compétences transférées dans le domaine de la santé

Justification

La Santé est un des domaines clefs transférés aux collectivités locales. L'impact d'une certaine organisation en performance est rapidement perceptible par les populations bénéficiaires. La décentralisation du secteur adoptée depuis 89 n'a pas manqué de créer des confusions et autres incompréhensions entre les responsables de la santé et les élus locaux.

Objectifs

A la fin de la séance, les participants seront capables de:

- Expliquer sans erreur la répartition de la compétence santé entre la région, les communes et communautés rurales;
- Décrire les pouvoirs transférés, les détenteurs ainsi que les procédures de leur mise en œuvre.

Cibles

- Elus locaux;
- Membres des organisations communautaires de base;
- Membres des organisations socioprofessionnelles;
- Agents d'ONG;
- Agents de services déconcentrés;
- Membres d'associations.

Résultats Attendus

- Les acteurs locaux sont mieux informés sur la répartition de la compétence santé entre la région, les communes et communautés rurales;
- Les acteurs connaissent les procédures de mise en œuvre de la compétence et les différents décideurs.

Durée

- La durée prévue est de 30 minutes.

Supports

- Rétroprojecteur;
- Transparents (photocopies et vierges);
- Marqueurs effaçables (plusieurs couleurs);
- Documentation.

Progression pédagogique***Etape 1***

- Les participants seront répartis en 3 groupes. Le groupe 1 travaillera sur la gestion de la compétence santé par la région, le groupe 2 par la commune et, le groupe 3 par la communauté rurale.

Etape 2

- Le formateur demande aux groupes d'acteurs d'échanger et de discuter chacun sur un seul niveau de transfert de la santé.

Etape 3

- Faire revenir les participants en plénière et leur demander de restituer les travaux des groupes.

Etape 4

- A la suite de la présentation des groupes, l'animateur fait la synthèse sur les différents thèmes en se basant sur la note et les tableaux préparés;
- Puis il déroule la note d'informations n° 4 relative aux questions discutées.

Note d'informations n° 4***Compétences transférées à la région dans le domaine de la santé***

L'article 31 de la loi portant transfert de compétences précise que la région reçoit en matière de santé les compétences suivantes:

- La gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux;
- La gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales;
- La mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène.

La Réforme du statut des hôpitaux introduite par la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé apporte quelques modifications à la loi 96-07.

Les hôpitaux régionaux et départementaux sont dotés de conseil d'administration dont la présidence pour ceux de premier et second niveau, est assuré par le président du conseil régional.

Rôles et responsabilités du président du conseil régional

- Est chargé du recrutement du personnel d'appoint à mettre à la disposition des structures socio-sanitaires de la région, selon les moyens de la région après délibération du conseil régional;
- Préside le conseil d'administration de l'établissement sanitaire dirigé par un directeur. Le conseil d'administration définit la politique de l'établissement et délibère sur toutes mesures concernant sa gestion. Il se réunit 3 fois par an sur convocation de son président en session ordinaire et chaque fois que de besoin, en session extraordinaire.

Les domaines sur lesquels le conseil d'administration peut délibérer et l'approbation des décisions prévues sont précisés par le Décret 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements de santé.

- Il préside le comité de gestion des centres de santé situés dans les communautés rurales dont les membres sont composés du représentant du conseil régional, du président et du trésorier du comité de santé et du médecin chef du centre de santé;
- Il donne son avis pour la nomination, par arrêté du Ministre de la Santé, des médecins chefs de centres ruraux.

Dans le cadre de la gestion et de la mobilisation des ressources budgétaires et extra budgétaires, le conseil régional par ses délibérations initie et contrôle les actions exécutées dans le respect des normes établies par le Ministère de la Santé.

Les comités de gestion délibèrent également sur les projets de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales des centres de santé. Il établit et met en œuvre le plan de développement de la structure.

Dans la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène, le conseil régional a la charge d'élaborer et de faire exécuter des plans d'actions intéressant les domaines:

- De lutte contre les endémies;
- Des mesures d'hygiène concernant l'eau, les voies publiques, les plages, les denrées alimentaires, etc.

Compétences de la commune en matière de santé

La commune reçoit les compétences suivantes en matière de santé:

- La gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains;
- La construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains.

Rôles et responsabilités du maire et du conseil municipal

Comme le président du conseil régional, le maire préside le comité de gestion dont la composition et le fonctionnement restent les mêmes que pour la région. Il recrute et gère le personnel d'appoint mis à la disposition des formations sanitaires selon la réglementation en vigueur.

Il donne son avis pour les nominations des médecins chefs des centres ou chefs des postes de santé urbains.

Dans la construction des postes de santé, le conseil municipal doit se conformer aux plans de développement sanitaire et social et dans le respect des normes établis en la matière. Il délibère également pour la mobilisation des ressources nécessaires au bon fonctionnement des structures.

Compétences de la communauté rurale en matière de santé

Outre la salubrité publique, la communauté rurale est compétente pour la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux.

Rôles et responsabilités du président du conseil rural

- Il préside le comité de gestion et assure son bon fonctionnement;
- Le conseil rural est responsable du bon fonctionnement des infrastructures situées dans la communauté rurale. Il concourt à la mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles pour les prises en charge de la construction, l'équipement, le bon fonctionnement, l'entretien des infrastructures et de la logistique.

Etude de cas n° 1

Le comité de santé de Keur Samba était mis en place par l'infirmier chef de poste pour une meilleure organisation des services de santé dans la communauté rurale.

Sur ses propositions, le comité avait accepté d'attribuer, à partir de ses ressources, des indemnités mensuelles à l'infirmier chef de poste, à la sage femme et également au personnel du dit comité. Cette situation qui a prévalu jusqu'en mai 95, a été décriée par les populations qui se sont mobilisées pour un renouvellement des membres du comité de santé et un arrêt des supposés détournements de fonds, à la faveur de l'arrivée d'une nouvelle autorité administrative qui a exigé que la réglementation et les dispositions du décret 92-118 du 17 janvier 1992 régissant l'organisation et le fonctionnement du comité de santé soient respectés.

Face à cette nouvelle donne, le personnel et notamment la sage-femme menacent de ne plus réaliser d'heures supplémentaires et de perturber le bon fonctionnement du centre et les soins de santé des populations.

Travail à faire

- Question 1: Comment sont désignés les membres du comité de santé? Comment fonctionne-t-il?
- Question 2: D'où proviennent les recettes et comment sont réparties les dépenses du comité de santé?
- Question 3: L'implication de l'autorité administrative est-elle légale?
- Question 4: Analyser l'implication et le comportement du personnel (infirmier chef de poste, sage femme, personnel du comité autres, etc.)
- Question 5: Comment corriger cette situation avec la réforme de 1996 qui transfère la compétence santé aux collectivités locales?

Fiche technique pour l'étude de cas n° 1**Objectifs**

A la fin de l'étude de cas, les participants seront capables de:

- Décrire le processus de mise en place et de fonctionnement des comités de santé;
- D'expliquer le mode de gestion du budget et les mouvements des instruments de travail et financiers;
- D'expliquer le niveau d'implication des autorités administratives et du personnel du poste de santé;
- Décrire les rôles et responsabilités du conseil rural dans la gestion de la santé conformément à la réforme de 1996.

Progression pédagogique***Etape 1***

- Distribuer le cas, le faire lire par un participant et faire la traduction en langue nationale locale.

Etape 2

- Recueillir les questions des participants relatives au cas et apporter toutes clarifications nécessaires à une bonne compréhension du contenu.

Etape 3

- Constituer 2 groupes de travail qui désigneront un président et un rapporteur. Les travaux de groupe vont durer 30 minutes.

Etape 4

- Faire revenir les participants en plénière pour les restitutions. Chaque rapporteur présente les résultats de l'analyse de l'étude de cas.

Etape 5

- Faire la synthèse de l'étude de cas en se référant au corrigé.

Corrigé de l'étude de cas n° 1**Réponse n° 1**

Les membres du comité de santé sont désignés en assemblée générale qui comprend:

- Pour les comités des postes de santé en milieu rural, les chefs de carré des villages polarisés ou leurs représentants et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes;
- Pour les comités des postes de santé en milieu urbain, les délégués de quartier et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes.

L'assemblée générale élit le bureau qui comprend:

- Un président;
- Un vice-président;
- Un trésorier et son adjoint.

Ils sont élus pour deux ans et rééligibles deux fois. Le représentant de la formation sanitaire assiste aux réunions de bureau avec voix consultative. Il ne lui revient pas de désigner les membres du bureau.

Les articles 18 à 21 précisent le mode de fonctionnement du comité.

Réponse n° 2

Les ressources du comité de santé proviennent:

- Des contributions aux soins;
- Des activités génératrices de fonds (activités socioculturelles);
- Des cotisations et des libéralités des membres de l'assemblée générale;
- Des subventions;
- Des revenus de ses biens.

La dotation comprend:

- Les meubles et les immeubles nécessaires au but recherché par le comité de santé.

Le bureau élabore et exécute le budget du plan d'opération annuel et veille à ce que les ventes de médicaments et produits éventuels représentent au moins 60 % des recettes du comité.

Les dépenses sont ordonnancées par le président. Le trésorier est dépositaire des fonds appartenant au comité et fait fonctionner le ou les comptes ouverts dans un établissement bancaire ou postal.

Il signe les chèques avec le président et le responsable de la formation sanitaire qui détient le chéquier.

Réponse n° 3

L'autorité administrative a raison de réagir, car c'est elle qui organise les renouvellements en présence du médecin chef de district et du président du conseil rural. Il veille au respect strict des lois et règlements.

Réponse n° 4

Le personnel n'a pas à réclamer plus que ce qui est prévu par la réglementation. Le responsable de la formation sanitaire est chargé d'orienter le plan d'action vers la résolution des problèmes de santé, d'assurer le lien entre la formation sanitaire et la population, d'appuyer le comité dans la mobilisation sociale, d'organiser les activités sanitaires, de veiller à la bonne utilisation des outils de gestion et de leur exploitation, d'assister le président, etc.

Le personnel du comité recruté par le comité est sous la responsabilité de celui-ci.

Réponse n° 5

Avec la réforme de 1996 un autre type de collaboration entre le conseil rural et le comité de santé s'affirme. La communauté rurale se voit transférer les compétences en matière de construction, de gestion, d'entretien et d'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux. Le président du conseil rural exerce ses prérogatives sur le comité de santé par le biais du comité de gestion qu'il préside régulièrement.

La réunion du comité de gestion est l'occasion pour le comité de santé de rendre compte, au président du conseil rural, des activités du comité et de la gestion de la structure sanitaire.

En effet, le comité de gestion délibère sur les projets de budget, les comptes, le fonctionnement et les activités sociales de la structure.

Il doit y avoir la collaboration pour la construction et l'équipement, dans la mobilisation des moyens financiers, humains et matériels nécessaires.

Le conseil rural est responsable de la gestion des cases de santé, maternités rurales qui dépendent des postes de santé. Leur gestion quotidienne est du ressort du comité de santé sous la supervision aussi du district sanitaire.



Séance 5: Compétences transférées dans le domaine de l'action sociale

Justification

L'action sociale est un domaine transféré aux collectivités locales comme la santé. Même si des efforts ont été réalisés pour une formation adaptée des représentants des services déconcentrés pour une mise à niveau homogène, dans l'interprétation des textes, des difficultés ont demeuré. Les élus et les autres acteurs n'ont pas bénéficié de la même formation.

Objectifs

A la fin de la séance, les participants seront capables de:

- Connaître la répartition de la compétence action sociale entre la région, la commune et la communauté rurale;
- Décrire les procédures, rôles et responsabilités du président du conseil régional, du maire et du président du conseil rural.

Cibles

- Elus locaux;
- Membres des organisations communautaires de base;
- Membres des organisations socioprofessionnelles;
- Agents d'ONG;
- Agents de services déconcentrés;
- Membres d'associations.

Résultats Attendus

- Les acteurs mieux informés sur la répartition de la compétence action sociale entre la région, la commune et la communauté rurale;
- Les acteurs connaissent les procédures, rôles et responsabilités dans la mise en œuvre de la compétence et les différents décideurs.

Durée

- La durée prévue est de 30 minutes.

Supports

- Rétroprojecteur;
- Transparents (photocopie et vierges);
- Marqueurs effaçables (plusieurs couleurs);
- Documentations.

Progression pédagogique***Etape 1***

- Les participants seront répartis en trois groupes hétérogènes qu'il faudra reconstituer;
- Le groupe 1 travaillera sur la gestion de la compétence action sociale par la région, le groupe 2 travaillera sur la commune et le groupe 3 sur la communauté rurale.

Etape 2

- Le formateur demande aux groupes d'acteurs d'échanger et de discuter en groupe sur un seul niveau de transfert.

Etape 3

- Faire revenir les participants en plénière et leur demander de restituer les travaux des groupes.

Etape 4

- A la suite de la présentation des groupes, l'animateur fait la synthèse sur les différents thèmes en se basant sur la note d'informations n° 5 et les tableaux préparés.

Note d'informations n° 5***Compétences transférées à la région dans le domaine de l'action sociale***

La région participe à l'entretien et à la gestion des centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS).

Le conseil régional contribue à la mobilisation des moyens humains, matériels et financiers et peut se faire représenter au comité de gestion des CPRS qui délibère sur les projets de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux et activités.

La région organise et gère les secours au profit des nécessiteux. Le conseil régional crée une commission et élabore un règlement fixant la forme des demandes de secours et la nature des dits secours.

Compétences transférées à la commune dans le domaine de l'action sociale

- Outre la participation à l'entretien et à la gestion des CPRS, la commune recrute le personnel d'entretien. Le comité de gestion présidé par le maire comprend le représentant de la commune, le représentant de CPRS et deux représentants des usagers. Ce comité permet à la commune d'avoir un droit de regard sur le fonctionnement et la gestion de la structure;
- Comme le président du conseil régional et de la même manière, le maire organise et gère les secours et donne son avis pour la nomination du directeur du CPRS;
- La commune appuie le financement de projets productifs au profit des populations déshéritées après étude de faisabilité du responsable du CPRS.

Compétences transférées à la communauté rurale dans le domaine de l'action sociale

Le conseil rural participe également à l'entretien et à la gestion des CPRS. Le président du conseil rural préside et anime le comité de gestion et donne son avis dès qu'il est consulté pour la nomination du directeur du CPRS.

Le conseil rural organise et gère de la même manière les secours au profit des nécessiteux. Il appuie également le financement de projets productifs au profit des populations déshéritées.

Etude de cas n° 2

Le comité de santé du poste de santé de Saré Mballo a été renouvelé au mois de septembre 1999. Ce renouvellement a été fait à la suite du décès du président de ce comité.

A part le président du comité qui a été remplacé par une femme habitant dans un des villages polarisés par le poste, le reste du bureau est demeuré inchangé. Le nouveau bureau n'a reçu aucune formation à ses tâches. Il ne se réunit presque pas avec l'infirmier. C'est ce dernier qui collecte les recettes et les verse au trésorier à la fin du mois. Il en profite aussi pour faire le bilan des recettes et des dépenses pour que le trésorier puisse dégager la motivation de la matrone et de l'agent de santé communautaire.

De plus, c'est généralement le trésorier qui ordonne les dépenses, à la demande de l'infirmier car le président habite loin du poste.

Enfin, il a été noté un déficit communicationnel entre le comité, l'infirmier, le conseil rural et entre le comité et la population.

Travail à faire

- Question 1: Comment sont désignés les membres du comité de santé?
- Question 2: Quelle est la durée du mandat d'un comité de santé? Comment doit fonctionner un comité de santé?
- Question 3: D'où proviennent les recettes et comment sont réparties les dépenses du comité de santé?
- Question 4: Comment corriger cette situation avec la réforme de 1996 qui transfère la compétence Santé, Population et Action sociale aux collectivités locales?

Fiche technique pour l'étude de cas n° 2**Objectifs**

A la fin de l'étude de cas, les participants devront être en mesure:

- Décrire le processus de mise en place et de fonctionnement des comités de santé;
- D'expliquer clairement la notion de cogestion;
- De citer les différents outils de gestion utilisés au niveau du poste de santé;
- D'expliquer le niveau d'implication de la population et du personnel du poste de santé;
- De décrire les rôles et responsabilités du conseil rural dans la gestion de la santé conformément à la réforme de 1996.

Progression pédagogique***Etape 1***

- Distribuer le cas, le faire lire par un participant et faire la traduction en langue nationale locale;
- Demander à un participant de faire l'économie du cas;
- Enfin, demander aux participants de poser des questions de clarifications.

Etape 2

- Recueillir les questions des participants relatives au cas et apporter toutes les clarifications nécessaires à une bonne compréhension du contenu.

Etape 3

- Constituer 2 groupes de travail qui désigneront chacun un président et un rapporteur. Les travaux de groupe vont durer 30 minutes.

Etape 4

- Faire revenir les participants en plénière pour les restitutions. Chaque rapporteur présente les résultats de l'analyse de l'étude de cas. Les participants discutent les résultats des différents groupes.

Etape 5

- Le facilitateur en se référant au corrigé de l'étude de cas commente les résultats.

Corrigé de l'étude de cas n° 2**Réponse n° 1**

Les membres du comité de santé sont désignés en assemblée générale qui comprend:

- Pour les comités des postes de santé en milieu rural, les chefs de carré des villages polarisés ou leurs représentants, les représentants des personnes du 3^{ème} âge et les représentants des groupements de femmes et des associations de jeunes;
- Pour les comités des postes de santé en milieu urbain, les délégués de quartier, les représentants des personnes du 3^{ème} âge et les représentants des groupements de femmes et associations de jeunes.

L'assemblée générale qui représente la population, élit le bureau démocratiquement par vote, sous la présidence de l'autorité administrative et de l'infirmier qui est le conseiller.

Le bureau comprend:

- Un président;
- Un secrétaire général;
- Un trésorier;
- Un commissaire aux comptes.

Tous ceux-ci doivent être disponibles et mobilisables à tout instant. Pour cela, ils doivent être choisis dans la zone où se trouve la structure sanitaire. Ceci, dans le but de favoriser une bonne participation communautaire.

Réponse n° 2

La durée du mandat du bureau est de deux ans renouvelables deux fois seulement.

Fonctionnement du bureau

Le bureau doit s'occuper de la gestion des problèmes socio-sanitaires. Il doit veiller à la mise en œuvre correcte des programmes de santé et surtout du plan d'action annuel élaboré.

Mais il doit aussi faire régulièrement, le bilan mensuel des recettes et des dépenses. Pour cela, il doit, en rapport avec l'infirmier, organiser la collecte des recettes tirées de la vente des tickets et l'utilisation de ces fonds par:

- La confection des tickets et les versements journaliers des recettes;
- La mise en place des outils de gestion;
- L'organisation des dépenses en exigeant l'accord préalable du président et la co-signature sur toutes les émissions de chèques ou de bons de dépenses;
- L'organisation des autres dépenses et recettes du comité de santé: les recettes des médicaments sont placées dans un compte B et les 60% doivent être réutilisés pour l'achat des médicaments. Tandis que les recettes issues des autres prestations sont placées dans un compte A: 20% de celles-ci sont alloués au personnel communautaire et 40% doivent servir pour appuyer le fonctionnement de la structure;
- Les autres activités de soutien financier du comité telles que le financement de projets sociaux pour résoudre certains problèmes ponctuels identifiés ou bien le financement de certains projets socio-économiques pour mobiliser davantage de ressources financières.

Chaque mois, à l'occasion du bilan mensuel des recettes et des dépenses, le bureau doit se réunir avec l'infirmier afin d'étudier tous les problèmes de santé dans la communauté et surtout d'aplanir toutes les difficultés et contraintes relevées dans la résolution de ces problèmes. Ces réunions doivent être sanctionnées par un procès verbal.

Le comité en entier doit se réunir aussi en session ordinaire 2 fois par an pour discuter et apprécier les bilans et perspectives à présenter par le bureau à l'assemblée générale.

Réponse n° 3

Les ressources du comité de santé proviennent:

- Des contributions aux soins;
- Des activités génératrices de fonds (activités socioculturelles);
- Des cotisations et des libéralités des membres de l'assemblée générale;
- Des subventions;
- Des revenus de ses biens.

Les biens comprennent les meubles et les immeubles nécessaires au but recherché par le comité de santé.

Le bureau élabore et exécute le budget du plan d'opération annuel et veille à ce que les ventes de médicaments et produits éventuels représentent au moins 60% des recettes du comité.

Les dépenses de santé exprimées par le chef de la structure sanitaire doivent obligatoirement être ordonnées par le président. Le trésorier est dépositaire des fonds appartenant au comité et fait fonctionner le ou les comptes ouverts dans un établissement bancaire ou postal.

Il signe les chèques avec le président et le responsable de la formation sanitaire qui détient le chéquier.

Réponse n° 4

Avec la réforme de 1996, un autre type de collaboration entre le conseil rural et le comité de santé s'affirme. La communauté rurale se voit transférer les compétences en matière de construction, de gestion, d'entretien et d'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux. Le président du conseil rural, exerce ses prérogatives sur le comité de santé par le biais du comité de gestion qu'il préside régulièrement.

La réunion du comité de gestion est l'occasion pour le comité de santé de rendre compte au président du conseil rural sur les activités du comité et la gestion de la structure sanitaire.

Le comité de gestion délibère sur les projets de budget, les comptes, le fonctionnement et les activités sociales de la structure. Il doit y avoir collaboration pour la construction, l'équipement et la mobilisation des moyens financiers, humains et matériels nécessaires.

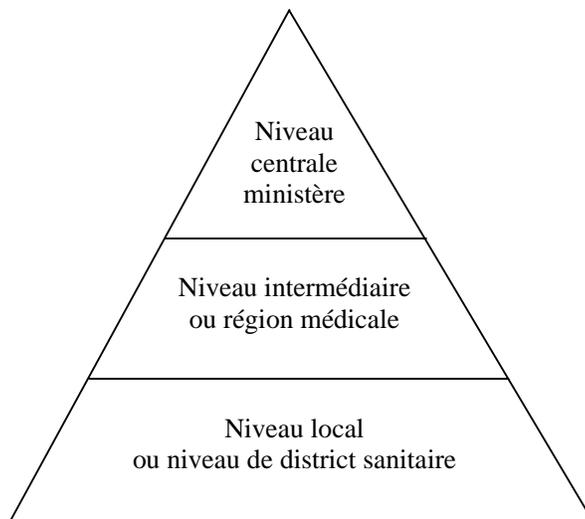
Le conseil rural est responsable de la gestion des cases de santé, des maternités rurales qui dépendent des postes de santé. Leur gestion quotidienne est du ressort du comité de santé sous la supervision aussi du district sanitaire.



Annexe 1

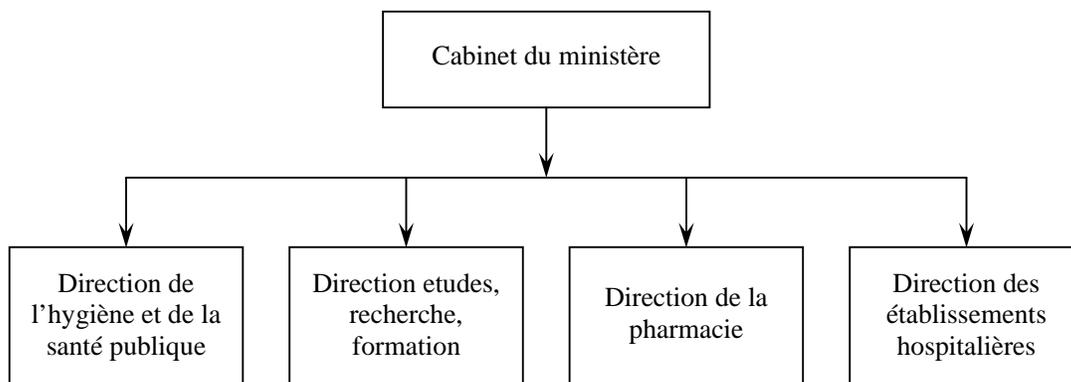
Le système de santé du Sénégal

Un système pyramidal à trois niveaux



Niveau central ou niveau ministériel

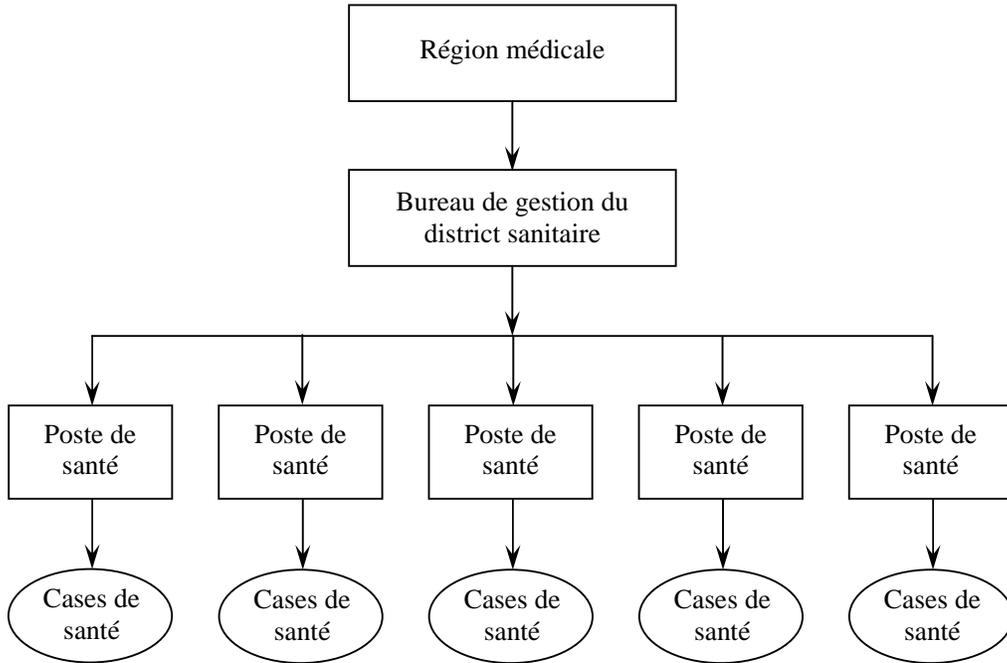
Organigramme



Annexe 1

Le système de santé du Sénégal (suite)

Niveau régional et de district sanitaire



Annexe 2

La case de santé: organisation, moyens, mode de fonctionnement

Moyens de la case de santé

Moyens humains: l'agent de santé communautaire

- Homme: secouriste;
- Femme: matrone;
- Profil: définir en rapport avec les tâches à mener;
- Mode de recrutement: critères définis dans le district;
- Formation: au centre ou poste de santé;
- Supervision: par l'infirmier chef de poste;
- Evaluation par l'infirmier chef de poste et les membres du comité de santé;
- Sanctions positive et négatives.

Moyens matériels

- Boîte d'accouchement de la matrone;
- Médicaments essentiels contenus dans la liste des médicaments prévus pour la case;
- Matériel et objet de pansement des plaies;
- Pèse personne;
- Balance pour la pesée des enfants;
- Matériel de démonstration de l'utilisation de la solution réhydratation par voie orale;
- Matériel d'assainissement et d'hygiène (facultatifs);
- Equipement mobilier: tables, chaises, armoires, etc.

Fonctions principales de la case

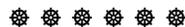
- Promotion de la santé à travers l'éducation et la démonstration;
- Prévention des maladies infectieuses, notamment par l'hygiène et la salubrité
- Traitement des affections et des lésions courantes bénignes;
- A discuter en groupe:
 - Heures d'ouverture;
 - Organisation des soins au niveau de la case;
 - Soins à domicile et communautaire;
 - Paiement des agents de santé communautaire;
 - Supervision des tâches de l'ASC;
 - Participation des populations;
 - Comité de santé: organisation et fonctionnement;
 - Evaluation des performances de l'ASC;
 - Dissemination des résultats de la case;
 - Rôle et responsabilités des élus locaux.

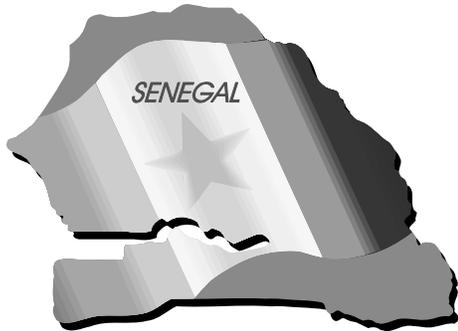
NB: L'exécution efficace des fonctions principales transférées, surtout celles à effectuer au niveau de la case ne nécessite pas toujours la création d'une infrastructure. Celle-ci toutefois permet de matérialiser ses fonctions et ainsi de faciliter leur bonne compréhension par les populations. Il ne faudrait pas cependant pour cela « fonctionnariser » les agents de santé communautaires qui y travaillent comme c'est souvent le cas.



Annexe 3**Les soins à base communautaire des ASC ou relais**

- Distribution des condoms à base communautaire pour lutter contre les MST/SIDA;
- Distribution à base communautaire de pilules pour accroître la couverture contraceptive dans les villages;
- Promotion des moustiquaires imprégnées et de la chloroquine à domicile pour lutter contre le paludisme;
- Promotion de la consommation de produits locaux accessibles riches en vitamines, notamment en vitamines A;
- Promotion de l'hygiène et l'assainissement de base;
- Organisation et animation de la participation des populations à l'effort de santé;
- Utilisation de solution de réhydratation par voix orale en cas de diarrhée;
- Prise régulière de chloroquine par les femmes enceintes à domicile;
- Prise régulière de comprimés de fer par les femmes enceintes à domicile;
- Traitement des fièvres à la chloroquine à domicile;
- Déparasitage systématique et régulière des enfants et des femmes enceinte à domicile;
- Éducation sensibilisation des familles sur les programmes prioritaires du ministère de la santé pour garantir une bonne couverture des populations en:
 - PEV;
 - Accouchement assisté par un personnel qualifié ;
 - Surveillance nutritionnelle et pondérale;
 - Planification familiale;
 - Prévention des MST/SIDA.





DGL FeLo

Décentralisation, Gouvernance Locale, Progrès

ASSOCIATES IN RURAL DEVELOPMENT
(ARD, Inc.)

Siège:

ARD, Inc.
159 Bank Street, Third Floor
P.O. Box 1397
Burlington, VT 05402 USA
Tel: (802) 658-3890
Fax: (802) 658-4247

Bureau au Sénégal:

ARD, Inc.
Rue 2 X Boulevard de l'Est, Point E
BP 5864 – Fann
Dakar, Sénégal

Tel: [221] 865.12.00; 825.96.62
Fax: [221] 825.97.07
Email: office@ard.sn